Ueber

Atresia uteri als Geburtshinderniss.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Hofrathes, Obermedizinalrathes, Professors

Dr. von Hecker,

Direktor der Gebäranstalt dahier,

der medicinischen Fakultät zu München

vorgelegt

von

Paul Ströll.

prakt. Arzt in München.

München, 1880.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber

Atresia uteri als Geburtshinderniss.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Hofrathes, Obermedizinalrathes, Professors

Dr. von Hecker,

Direktor der Gebäranstalt dahier,

der medicinischen Fakultät zu München

vorgelegt

von

Paul Ströll,

prakt. Arzt in München.

München, 1880.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Seinem werthen Gönner und Freunde

Herrn Dr. Franz Xaver König

prakt. Arzt in München

in dankbarer Verehrung gewidmet

vom Verfasser.

Wenn ich im Nachfolgenden einen Fall von Atresia uteri als Geburtshinderniss bekanntgebe, so verleiht mir hiezu die Seltenheit solcher Vorkommnisse eine gewisse Berechtigung.

Unter Atresia uteri versteht man die vollständige Verschliessung der Muttermundsöffnung, so dass nicht einmal eine Sonde in die Gebärmutterhöhle eingeführt werden kann.

Hiebei sind zweierlei Arten zu unterscheiden: a) die einfache Verklebung der äussern Muttermundsöffnung - Conglutinatio orificii externi und b) die narbige Verwachsung des Muttermunds.

Die Fälle von Conglutinatio sind häufiger und auch mehr interessant als bedenklich, indem theils die Wehen durch ihre natürliche Stärke, wie die Erfahrung lehrt, das Hinderniss selbst überwinden, theils ein Druck mit dem Finger von Seite des Geburtshelfers die Verklebung leicht beseitigt. Darüber sind schon früher [1]) eine grössere Anzahl von Fällen bekannt gemacht worden, wie auch in den jüngsten Jahren sich weitere, solche Vorkommnisse durch Ed. von Siebold [2])

---

[1]) Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe, 3. Aufl. 1872 p. 397 unter Literatur.

[2]) Ed. von Siebold, Monatsschr. f. Geb. B. 14 p. 96.

Roth,[1]) Kleinwächter[2]) Zweifel[3]) Winkel[4]) und Betz[5]) mitgetheilt finden.

Von grösserer Bedeutung für den Geburtsverlauf ist aber die narbige Verwachsung des Muttermunds und davon soll hier weiter die Rede sein. Der zu erwähnende Fall ereignete sich im Mai dieses Jahres in der Münchener Gebäranstalt. Durch die wohlwollende Güte des Direktors derselben, Herrn Hofraths und Obermedizinalraths, Professors Dr. von Hecker wurde mir die Möglichkeit der Mittheilung zu Theil. Hiefür spreche ich dem Herrn Obermedizinalrath Dr. von Hecker meinen wärmsten Dank aus.

Ich lasse nun die Geburtsgeschichte folgen, wie ich sie vorgefunden, um dann daran einige Bemerkungen über Häufigkeit, Aetiologie, Diagnose und Therapie solcher Fälle anzuknüpfen.

Maria B., 30 jährige Viertgebärende, war am normalen Ende ihrer Schwangerschaft, als sich am 23./V. 80 die Wehen einstellten. Trotz häufiger Wehen war sie, welche ausserhalb der Gebäranstalt die Geburt durchmachen wollte, am 25./V. genöthigt, wegen Verzögerung der Geburt ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, nachdem die Wehen in vorhergehender Nacht an Intensität zugenommen hatten, ohne eine entsprechende Wirkung zur Folge zu haben. Man fand bei der Patientin äusserlich einen fast beständig contrahirten

---

[1]) Roth, Monatsschr. f. Geb. B. 19 p. 144.

[2]) Kleinwächter, Prag Vierteljahrsschr. 1870. B. III p. 109.

[3]) Zweifel, Archiv f. Gynäk. V. 1873 p. 145.

[4]) Winkel, klin. Beobacht. z. Path. d. Geb. p. 156.

[5]) Betz, Memmorabilien 1879 X. p. 447.

Uterus, wesshalb kleine Kindestheile nicht mit Bestimmtheit durchzufühlen waren. Die ziemlich deutlich hörbaren Herztöne fanden sich links unten. Die innere Untersuchung ergab einen überraschenden, unerwarteten Befund. Man fühlte zwar ein vom Kopfe belastetes vorderes Scheidengewölbe, aber es war weder die Portio vaginalis, noch Muttermund abzutasten; dagegen begegnete man mehreren, ziemlich straff gespannten Falten, die von links nach rechts herüberzogen uud über denselben war eine dicke, derbe Membran zu fühlen, die wie eine Scheidewand zwischen Uterus und Vagina sich befand. Weiter nach der rechten Mutterseite herüber konnte man in eine etwa 1 Centimeter tiefe blind endende Tasche gelangen. Da man allen Grund hatte, einen ungewöhnlichen Geburtsverlauf zu erwarten, so wurde Patientin veranlasst, die Anstalt aufzusuchen. Nach ihrem Eintritt in die Anstalt am 25./V. Nachmittags wurde sie sofort wieder untersucht und man fand insofern ein verändertes Bild, als durch die immer heftiger werdenden Wehen, die sogar eine Ruptura uteri spontan befürchten liessen, die verschiedenen Falten und auch obige Tasche verschwunden waren und dafür eine während der Wehen prall gespannte Membran zwischen Uterus und Scheide sich präsentirte, durch welche der Kopf und sogar eine Naht desselben durchgetastet werden konnte. Bei der Dicke und Unnachgiebigkeit der Membran war an eine spontane Beendigung der Geburt nicht zu denken, was auch der sich immer gleichbleibende Stand des Kopfes zu bestätigen schien; daher dachte man schon daran, das Hinderniss durch Schere oder Bistouri zu beseitigen. Zuvor aber

suchte man noch gelegentlich einer neuen Exploration mit dem Nagel des touchirenden Zeigefingers während einer starken Wehe die straffe Membran durch einen sehr kräftigen Gegendruck zu durchtrennen. Der Erfolg rechtfertigte auch dieses Verfahren; denn bald traf man auf eine etwas nachgiebige Stelle, die einriss, wobei etwas Blut abging. Nun war es nicht mehr schwer, den Riss von vorne nach hinten zu vergrössern; sofort drängte sich die gesammte Fruchtblase herein und machte den Längsriss zu einem kreisrunden. Die immer noch sehr kräftigen Wehen stiessen nun auf kein Hinderniss mehr; bald war der Kopf in der Schamspalte sichtbar und nach kurzer Zeit wurde ein asphyktischer Knabe geboren, dessen Wiederbelebung aber leicht gelang. Die Placenta folgte rasch nach.

Anamnestisch ist zu erwähnen, dass Maria B. bereits dreimal geboren hat, worunter bei zwei Geburten die Anwendung der Zange nöthig geworden war. Aus der eben verflossenen Schwangerschaft gibt B. an, dass sie vom 4. Monat an fast täglich in der rechten Mutterseite einen eigenthümlichen, oft unausstehlichen Schmerz verspürt habe. Einer ärztlichen Behandlung hat sie sich desswegen nicht unterzogen. Ausfluss oder sonstige Erscheinungen haben gefehlt.

Verlauf des Wochenbetts. 26./V. Patientin ist vollständig wohl. Injection mit 2% iger Carbolsäurelösung (2 mal täglich.)

27/V. Keine Klagen, Lochien normal. Injection mit der Carbolsäurelösung.

28./V. Subjectives Wohlbefinden. Puls normal. Injektion mit der Carbolsäurelösung.

29./V. Patientin klagt über Kopfschmerz und Frieren, nachdem sie bis Nachmittags sich wohl gefühlt hatte, so dass sie trotz des Verbotes aufgestanden und im Saal umherging. Sie hat eine heisse, feuchte Haut, den Kopf hochgeröthet, den Puls voll (120 p. M.) Im Abdomen keine Empfindlichkeit; Lochien normal. Stuhl fehlt seit 4 Tagen. Tp. 36,6. Ordination: Clysma, sowie Injection mit der Carbolsäurelösung.

30./V. Subjektives Wohlbefinden; Puls voll und beschleunigt (120); 1 Stuhl, Tp. M. 37,9; Tp. A. 37,9. Injektion mit der Carbolsäurelösung (2 mal täglich).

31./V. Keine Klagen. Puls klein (96). Lochien regelmässig. Tp. M. 37,2; Tp. A. 38,3. Injektion mit der Carbolsäurelösung.

1./VI. Patientin fühlt sich so wohl, dass sie schon bald die Anstalt zu verlassen gedenkt. Puls wieder voller (80.) Tp. M. 35,0. Abends um $5^1/_2$ Uhr bekam Patientin plötzlich einen äusserst heftigen Schüttelfrost, der $^1/_2$ Stunde dauerte; zugleich stellte sich damit ein copiöser, dünnflüssiger Stuhl ein. Puls ist sehr beschleunigt, zitternd (120). Nach dem Frost verfiel Patientin in einen Halbschlummer, aus dem sie aber sehr leicht durch Anreden erwachte. Sensorium frei; Haut heiss, sowie feucht. Temperaturmessung ist wegen Sträubens nicht möglich.

2./VI. Heute Morgens 4 Uhr verfiel Patientin plötzlich in einen comatösen Zustand, aus dem sie bis zum Tode nicht mehr erwachte. Die Pupillen sind eng und reaktionslos; der Puls fadenförmig und sehr beschleunigt (120—124).

Die Extremitäten sind kühl und wie gelähmt; die Lippen livid, das Gesicht blass und mit kaltem Schweiss bedeckt. Die Athmung ist unregelmässig, tiefe Athemzüge wechselnd mit oberflächlichen und oft lange aussetzend. Abends 8 Uhr starb die Patientin.

Sektionsbericht. Gehirn: Auf der dura mater leichte Bindegewebsauflagerungen. An der Basis etwas seröse Flüssigkeit. Ventrikel nicht erweitert. Graue Rindensubstanz ziemlich blass.

Muskulatur blass. Die linke Lunge an der Spitze leicht verwachsen; Oberlappen an der Spitze luftleer, der übrige Theil ödematös; Unterlappen sehr blutreich und ödematös. Rechte Lunge: Oberlappen stark ödematös; Mittel- und Unterlappen sehr blutreich, stark ödematös. Die Pleurahöhlen sind beiderseits leer. Das Herz ist leicht vergrössert; über dem rechten Ventrikel ist ein Sehnenfleck. Rechter Vorhof enthält ziemlich viel Blutgerinsel. Die Muskulatur des linken Ventrikels ist sehr blass und etwas brüchig. Die Klappen sind gehörig.

Die Milz ist etwas vergrössert; die Pulpa sehr weich, braunroth; die Kapsel leicht gespannt.

Die Leber zeigt an der Oberfläche leichte Verwachsungen. Das Parenchym ist blass, gelblich, fettig glänzend, sehr brüchig und blutreich. Die Gallenblase ist mit gelbbrauner Galle gefüllt.

Die Magenschleimhaut ist blass. Die Darmschlingen sind blass, der Darm eng contrahirt.

Rechte Niere sehr blass, Kapsel adhärent, Oberfläche granulirt; ebenso Befund der linken Niere.

Genitalien: der Uterus zeigt an der Placentarstelle missfarbige, gelbe, diphtheritische Auflagerung mit üblem Geruch; einzelne Theile lassen sich leicht abziehen, darunter stark injicirte Schleimhaut. Der Muttermund geht ohne scharfe Grenze in die Scheide über. Die Ränder der Muttermundslippen sind mit der Scheide verwachsen; in der Scheide ist ein Längsriss der Schleimhaut, doch ganz gut aussehend.

Als Todesursache haben wir demnach Diphtherie der Placentarstelle des Uterus und der Uterusschleimhaut und dadurch hervorgerufene acute Sepsis.

Was nun das **Vorkommen von narbiger Atresia uteri** als Geburtshinderniss betrifft, so ist dieses Ereigniss ein sehr seltenes und es sind in der Literatur nur wenige Beispiele davon verzeichnet.

Depaul[1]), welcher zuerst hierüber berichtete, beschreibt 3 Geburtsfälle, bei denen der äussere Muttermund so verschlossen war, dass die kräftigsten Wehen ihn nicht auszudehnen vermochten und in allen 3 Fällen blutige Eröffnung an der Stelle, wo eine quere Hervorragung (eine Andeutung der vorderen Muttermundslippe) sich fand, gemacht werden musste. Die Schnittwunde wurde dann mit dem Finger vergrössert und die Geburten verliefen günstig.

Ferner erwähnt **Courvoisier**[2]), dass er, als er bei einer Geburt wegen Verzögerung und grosser Schmerzhaftigkeit

[1]) Depaul, gaz. medic. de Paris 1860. Nr. 22.

[2]) Schmidt's Jahrbücher 1876 p. 59.

untersuchte, das untere Uterinsegment sehr herabgedrängt fand und daran hinten eine sternförmige Narbe, deren Strahlen von einer kleinen, den obliterirten Muttermund andeutenden Grube ausgingen. Er machte nun Einschnitte mit dem Knopfbistouri und bald darauf zeigten sich gute Wehen und Blasensprung und es wurde dann mit der Zange ein todtes Kind entbunden. Die Mutter erkrankte an Perimetritis, wurde aber bald hergestellt.

Einen weitern Fall berichtet noch **Steger**[1]) von einer 20 jährigen Erstgebärenden, bei welcher die Geburt volle 8 Tage dauerte. Nach wiederholter Untersuchung entdeckte er ein ganz unbedeutendes, das fest verwachsene Orificium uteri darstellendes Grübchen. Nach mehreren Einschnitten erweiterte sich allmählig diese Stelle und es konnte am nächsten Tag ein lebendes Kind mit der Zange extrahirt werden. Die Mutter blieb gesund.

An diese Beobachtungen möge es mir der Vollständigkeit halber gestattet sein, wegen ihrer grossen Aehnlichkeit noch einige Fälle anzureihen, welche von den betreffenden Autoren sogar als Atresia uteri beschrieben werden, genau genommen aber nur eine freilich sehr bedeutende narbige Stenose des Orificium uteri darstellen.

Einen derartigen Fall erwähnt **Kleinwächter**[2]): eine 31 jährige Frau soll nach der letzten Geburt, die ohne operativen Eingriff verlief, 7 Wochen krank gewesen sein.

---

[1]) Schweiz. Corr.-Bl. VII, 1877 Nr. 2.

[2]) Prag. Vierteljahrsschr. 1870. Bd. III. p. 110.

Nunmehr fand sich bei der Untersuchung die Scheide verkürzt, nach links hinübergezerrt; im obern Vierttheil der Scheidenwand links fühlte man deutliche Narbenstränge. An Stelle des Muttermunds war eine narbige, trichterförmige Grube, in deren Grund sich eine kaum rabenfederdicke Oeffnung fand. Die linke Wand der Scheide, in dieses Narbengewebe mithineingezogen, bildete 2 Taschen, eine vordere grössere und eine hintere kleinere. Nach Auftreten der ersten Wehen erweiterte sich der Muttermund binnen 24 Stunden bis zur Erbsengrösse und nach einem weiteren halben Tag rissen die Narbenstränge von selbst ohne Blutung ein und 12 Stunden später wurde ein todter Knabe geboren. Die Mutter starb am Puerperalfieber.

Ebenso berichtet **Hayn**[1]), dass er bei der Untersuchung einer Erstgebärenden mit dem Finger trotz guter Wehen keine Muttermundsöffnung finden konnte. Er nahm nun den Mutterspiegel zu Hilfe und entdeckte zwischen zwei gespannten Falten eine winzig kleine Grube am untern Uterinsegment, in welche sich eine Sonde einschieben liess. Es wurden nun unter geringer Blutung die narbigen Falten durchschnitten und schon nach 1 Minute war die Oeffnung thalergross. Nach 2 Stunden wurde das Kind geboren. Die Mutter blieb gesund.

Einen sehr interessanten, hieher gehörigen Fall finden wir endlich noch von **Latz**[2]) angegeben. Latz wurde zu einer 26 jährigen Erstgebärenden gerufen, die seit 24 Stunden

---

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1870. Nr. 10.

[2]) Berl. klin. Wochenschr. 1870. Nr. 35.

in der Geburt war und bei der die Hebamme keinen Muttermund finden konnte. Kurz vor seiner Ankunft war der Kopf **von der Gebärmutter umschlossen** geboren worden. Der Cervikaltheil war völlig verstrichen; eine stecknadelkopf grosse Oeffnung liess eine geknöpfte Sonde in das Innere des Uterus vordringen; rings um die Oeffnung war ein fester, sehniger Ring fühlbar. Latz machte vorsichtig mit dem geknöpften Bistouri 4 Einschnitte in diesen; es stellte sich dann die Blase, die er sprengte, worauf er manuell die Dilatation fortsetzte. Schliesslich wurde der Kopf eines scheintodten Kindes geboren. Der Uterus wurde reponirt und das Wochenbett verlief normal.

Was nun die **Aetiologie** betrifft, so ist selbstverständlich, dass, da bei vollständiger Atresie des Muttermundes Conception nicht eintreten kann, die unter der Geburt beobachteten Fälle von Atresia uteri immer nur während der Schwangerschaft acquirirt sein können. **Spiegelberg**[1] sagt hierüber: Die narbige Atresie entwickelt sich aus Ulceration, welche entweder aus einem vorherigen Wochenbett, dem bald Schwängerung folgt, herrührt oder durch Versuche zur Herbeiführung des Abortus oder auch durch in der Gravidität vorgenommene Cauterisationen der Portio vaginalis verursacht ist. Die Verwachsung aus diesen Ursachen kann um so eher in der Schwangerschaft erfolgen, als während dieser die sonst den Muttermund offen haltenden Ausflüsse zum Theil fehlen, zum Theil sehr gering sind. Sie kann dann

[1]) Spiegelberg, Lehrbuch d. Geburtshilfe 1878. p. 502.

eine kurze Strecke weit über das Orificium uteri hinaufreichen oder sie ist gewöhnlich auf die Lippen beschränkt. Dieser Erklärungsweise ist wohl nichts hinzuzufügen; denn sie ist vollkommen erschöpfend. Auch **Depaul** schon hat angegeben, dass die narbige Verschliessung des Uterus nur das Resultat einer Entzündung der Muttermundslippen, hervorgerufen durch frühere Geburten oder Aetzungen, sein könne. **Courvoisier** führt seinen Fall auf während der Schwangerschaft erfolgte, tiefe Aetzungen des Orificium uteri zurück und **Steger** nimmt an, dass die Verwachsung des Muttermunds Folge einer chronischen Entzündung der Vaginalportion gewesen sei, weil die betreffende Frau während der Schwangerschaft an starker Leucorrhö gelitten habe.

Hinsichtlich der nicht vollständigen Atresien (der narbigen Stenosen) ist noch zu erwähnen, dass bei diesen der ursächliche Ulcerationsprocess nicht gerade während der Schwangerschaft seinen Verlauf nehmen muss, sondern natürlich schon vor der Schwängerung aufgetreten und beendet sein konnte, indem ja bekanntlich auch durch haarfeine Oeffnungen die Spermatozoiden ihren Weg finden können.

In Rücksicht auf unsern Fall nun wird wohl die Annahme erlaubt sein, dass Läsionen mit der Zange, wie aus der oben angegebenen Anamnese erhellt, den Anlass zur Verwachsung sowohl des Muttermunds als auch des untern Uterinsegments mit der Scheide dargeboten haben. Dass die Maria B. vom 4. Monat an stets Schmerzen empfand, möchte unschwer dadurch zu erklären sein, dass die damals

bereits gebildeten Verwachsungen in Folge des normalen Höhersteigens des Uterus einer ständigen Zerrung unterworfen blieben.

Die Diagnose ist bei manueller Untersuchung immer leicht. Denn unter der Geburt gibt sich die Atresia uteri dadurch zu erkennen, dass trotz kräftigster Wehen sich keine Muttermundsöffnung findet, dagegen das ganze untere Uterinsegment immer tiefer ins Becken hinabtritt und sich dabei so verdünnt und spannt, dass man bei der Untersuchung glauben könnte, man fühle den nur von den Eihäuten bedeckten Fruchtkopf. Ist man übrigens seiner Sache nicht sicher, so ist die Einführung des Speculums sehr zweckdienlich.

Die **Therapie** bei narbiger Atresia uteri muss eine active sein. Denn würde die Hilfe verzögert, so ist Erschöpfung der Kräfte und selbst Ruptur des Uterus zu befürchten. Ausserdem ist es ein alter Erfahrungssatz, dass je länger die Geburtsdauer währt, desto leichter die Gebärende zu Erkrankungen im Wochenbett disponirt. Man muss darum eine künstliche Eröffnung des Muttermundes herbeiführen, entweder manuell, was zwar in unserem Falle gelang, im allgemeinen aber wohl äusserst selten gelingen wird, oder mit Hilfe einer Scheere oder eines Knopfbistouris, welches auf den Fingern oder im Speculum eingeführt werden muss. Spiegelberg empfiehlt, den Schnitt dann, so viel als möglich, in Richtung des Querdurchmessers des Beckens zu führen. Rücksichtlich der Stelle des Einschnittes ist zu beachten, dass bisweilen durch eine kleine,

wulstige Erhabenheit oder durch eine winzige Vertiefung im Narbengewebe der Sitz des Muttermundes angedeutet und so ein Anhaltspunkt gegeben ist. Was den richtigen Zeitpunkt zum operativen Eingreifen betrifft, so muss dieser der Beurtheilung des Geburtshelfers überlassen werden, wobei aber zu empfehlen ist, solange zu warten, bis die Umgebung des Muttermunds oder, wenn davon keine Andeutung vorhanden, das ganze, untere Uterinsegment entsprechend gespannt ist. **Busch**[1]) sagt hierüber: Es ist rathsam, mit der Eröffnung des Muttermundes nicht sehr zu eilen, um die Wehenthätigkeit sich kräftig entwickeln zu lassen. Wenn nach gemachter Oeffnung des Muttermunds die Geburt zu lange zögert, so dass Gefahr für Mutter oder Kind eintritt, so ist die Geburt durch die Kunst zu beendigen. Während des Wochenbetts müssen öfters Einspritzungen in den Uterus gemacht werden, um die Schnittwunde rein zu erhalten.

Diesen Vorschriften kann man sich nur unbedingt anschliessen und wer darnach handelt, wird nicht leicht in Verlegenheit kommen.

München, im Juli 1880.

Paul Ströll,
prakt. Arzt.

---

[1]) Busch, Lehrbuch der Geburtskunde. 5 Aufl. 1849. p. 296.